



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 56S (2013) e229–e233



# Neuro-urologie : troubles vésicosphinctériens (1)

## Neurourology: Bladder and sphincter disorders (1)

### Communications orales

#### Version française

CO41-001-f

#### Troubles vésico-sphinctériens et syndrome extrapyramidaux

P. Denys

Service neuro-urologie, urologie, sexologie, hôpital Raymond-Poincaré, CHU de Paris Île-de-France Ouest, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

Adresse e-mail : [pierre.denys@rpc.aphp.fr](mailto:pierre.denys@rpc.aphp.fr)



L'importance du contrôle neurologique sur les fonctions urinaires de continence et de miction est une nouvelle fois illustrée par la très grande fréquence des troubles urinaires dans les syndromes extrapyramidaux. Plusieurs questions peuvent se poser au clinicien amené à expertiser des troubles urinaires dans ce cadre nosologique.

Connaître les caractéristiques respectives des troubles urinaires de la maladie de Parkinson et des MSA est un premier élément. En effet, parmi les arguments cliniques ou de réponse pharmacologique permettant l'établissement du diagnostic les troubles urinaires et les données paracliniques s'y rapportant sont des éléments d'orientation diagnostique.

Par ailleurs, l'épidémiologie de la maladie de Parkinson en termes d'âge explique que les intrications physiopathologiques fréquentes entre la pathologie urologique (prolapsus, hypertrophie bénigne de prostate...) et la dysrégulation neurologique de l'appareil urinaire pose aussi des questions spécifiques pour la prise en charge thérapeutique.

Enfin la prescription des drogues pharmacologiquement actives sur la vessie nécessite dans ce cadre spécifique des précautions particulières, que ce soit en termes d'efficacité et de prévention des effets secondaires graves que l'on peut rencontrer.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.588>

CO41-002-f

#### Étude urodynamique des troubles vésicosphinctériens dans le syndrome d'Ehlers-Danlos

S. Dragomir Kirchner<sup>a,\*</sup>, N. Bayle<sup>a</sup>, E. Hutin<sup>a</sup>, C. Hamonet<sup>b</sup>, J.-M. Gracies<sup>a</sup>, C.-M. Loche<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Service de rééducation neurolocomotrice, CHU Henri-Mondor, AP-HP, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

<sup>b</sup>Service de rééducation neurolocomotrice, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sonia.kirchner@gmail.com](mailto:sonia.kirchner@gmail.com)



**Mots clés** : Urodynamique ; Syndrome d'Ehlers Danlos ; Traitement morphinique

1877-0657/\$ – see front matter

**Introduction.**– Les troubles vésicosphinctériens (TVS) du syndrome d'Ehlers-Danlos (SED), peu décrits dans la littérature, semblent fréquemment rapportés en consultation. Préciser la typologie des TVS et chercher s'ils sont spécifiques au syndrome sont les objectifs de cette étude.

**Méthodes.**– Étude rétrospective des paramètres cliniques (dysurie, nycturie, constipation, infections urinaires récidivantes, score MHU, traitements à impact VS, autosondages, qualité du périnée) et urodynamiques chez 34 patientes SED hypermobile et 28 patientes témoins, tirage aléatoire, hors pathologie neurologique, avec bilan urodynamique (BUD) réalisé selon les recommandations de l'ICS.

**Résultats.**– Cliniquement, la dysurie et un score-rétention MHU élevé sont significativement plus fréquents chez les SED ( $p < 0,05$ ). Si on considère le traitement antalgique morphinique (TM), la différence reste significative entre SED sans TM et témoins.

En urodynamique, l'hypocontractilité détrusorienne est retrouvée de façon significative dans le SED ( $p < 0,05$ ) et est significativement corrélée au résidu post-mictionnel (RPM).

Mais on retrouve une corrélation significative entre hypocontractilité et TM,  $p < 0,05$  et entre RPM et TM :  $96,5 \pm 288$  [0 ; 700] versus  $7,14 \pm 37,8$  [0 ; 200] chez les témoins,  $p < 0,05$ .

Aucune différence significative n'est retrouvée pour les autres paramètres.

**Discussion.**– Dysurie et RPM sont significativement plus fréquents dans le SED par rapport aux témoins plus fréquemment incontinents. La différence reste significative entre SED sans TM et témoins. La corrélation est significative entre ces paramètres cliniques et hypocontractilité détrusorienne en urodynamique avec et sans TM. Peut-on incriminer les modifications structurales du tissu conjonctif du SED ? Il y a une forte corrélation entre hypocontractilité détrusorienne et TM, de même qu'entre RPM et TM. On ne peut donc pas conclure à des TVS spécifiques au SED.

**Conclusion.**– La symptomatologie dysurique clinique et urodynamique est retrouvée significativement dans le SED mais fortement corrélée au TM.

*Pour en savoir plus*

Beighton P, et al. Ehlers-Danlos syndromes: revised nosology, Villefranche 1997. *Am J Med Genet* 1998;77:31–37.

Schafer W, et al., International Continence Society. Good urodynamic practices: Uroflowmetry, filling cystometry and pressure-flow studies. *Neurol Urodyn* 2002;21(3):261–74.

McIntosh LJ, et al., Ehlers-Danlos syndrome: relationship between joint hypermobility, urinary incontinence and pelvic floor prolapse. *Gynecol Obstet Invest* 1996;41(2):135–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.589>

CO41-003-f

#### Suivi à long terme et facteurs prédictifs des échecs d'injections de toxine botulique (300 UI Botox®) dans le traitement de l'hyperactivité détrusorienne de cause neurologique (HDN)

A. Even<sup>a,\*</sup>, P.-O. Bosset<sup>b</sup>, F. Barbot<sup>a</sup>, I. Vaugier<sup>a</sup>, E. Chartier-Kastler<sup>b</sup>, P. Denys<sup>a</sup>

